介護保険認定申請取下申請書

大洗町長　様

次のとおり取り下げを申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請  年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 申請者住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　　　－ | | |
| 提出代行者  （地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院  ） |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 被保険者番　　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 被保険者氏　　名 |  | | | | | | | | | | 生年  月日 | 明・大・昭  年　　月　　日 |
| 住　　所 | 電話番号**（　　　）　　－** | | | | | | | | | | | |

(該当する項目に　レ　して下さい)

|  |  |
| --- | --- |
| 取り下げ理由 | □　入院により  □　死亡により  □　転出により  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |